Dr. Edinson Arrieta
Especialista en Gerencia y Seguridad en el Trabajo

Dr. EDINSON ARRIETA FLORIÁN

Consultorio 101 - Clínica Pamplona
Cel. 3133695843 - 3214118299
E-mail. edixon2304@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.399

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	01 MES	2025 AÑO	PAMPLONA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	ISER
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

VILLAMIZAR RIVERA MARIA ANTONIA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	42 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC	60265425
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA DE ALMACEN

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

USO DE EPP`S: SEGÚN RIESGO, LAVADO CONSTANTE Y FRECUENTE DE MANOS, AUMENTAR INGESTA DE FRUTAS VERDURAS Y LÍQUIDOS,DISMINUIR CONSUMO DE FRITOS GRASAS Y HARINAS REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE 150MN SEMANALES, NO ASISTIR AL TRABAJO SIPRESENTA "GRIPA"- INFORMAR LAS AUTORIDADES SANITARIAS CUALQUIER EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Edinson Arrieta Florián
Médico Especialista SST
LSO:002810/2018
RM: 54989

Firma:

Nombre: ARRIETA FLORIAN EDINSON

R. M.: 54989 **L.S.O.:** 002810

Código de Seguridad
O679U1A8399

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VILLAMIZAR RIVERA MARIA ANTONIA

CC: 60265425